Stanislaus County Office of Education

PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA

Opciones de Servicios: ☐**Basado en Centro** ☐**Basado en el Hogar** ☐**FCCH**

Lugar: **Maestro**:

Supervisor: **Fecha:**

DOMINIO: ALFABETIZACIÓN	**Indicador:** **Mandato Legislativo de los Resultados** Si ☐ No ☐
Análisis de Datos:	

ESTRATEGIA:	PERSON A(S) RESPONSABLE	RESULTADO ESPERADO:
FECHA ESPERADA PARA COMPLETARSE:		**FECHA ACTUAL QUE SE COMPLETÓ:**

ESTRATEGY:	PERSONA (S) RESPONSABLE	RESULTADO ESPERADO:
FECHA ESPERADA PARA COMPLETARSE:		**FECHA ACTUAL QUE SE COMPLETÓ:**

ESTRATEGIA:	PERSONA (S) RESPONSABLE	RESULTADO ESPERADO:
FECHA ESPERADA PARA COMPLETARSE:		**FECHA ACTUAL QUE SE COMPLETÓ:**

Distribución: Blanco – Director Amarillo– Supervisor Rosa– Maestra